

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Janvier 1896, à 1 heure

PAR

Raoul BLANCARD

Né à Bruz (Ille-et-Vilaine), le 17 avril 1863.

RÉFLEXIONS

SUR

L'HYGIÈNE DE LA GROSSESSE

DE

L'Accouchement et du Pospartum à la campagne

ABUS ET IMPRUDENCES DES MATRONES

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.
MAYGRIER, ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Janvier 1896, à 1 heure

PAR

Raoul **BLANCARD**

Né à Bruz (Ille-et-Vilaine), le 17 avril 1863.

RÉFLEXIONS

SUR

L'HYGIÈNE DE LA GROSSESSE

DE

L'Accouchement et du Pospartum à la campagne

ABUS ET IMPRUDENCES DES MATRONES

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.
MAYGRIER, ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULEBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....}	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.....}	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0105

INTRODUCTION

Aux prises depuis douze ans avec les difficultés d'une clientèle rurale, nous nous sommes efforcé bien qu'éloigné des Ecoles et des Laboratoires, de faire bénéficier nos malades des multiples et précieuses acquisitions, incessamment réalisées en thérapeutique prophylactique et curative. Or, nous nous sommes heurté à des hostilités, à des résistances, à des préjugés parfois insurmontables.

Aussi avons-nous pensé, ne disposant que de ressources bibliographiques restreintes, faire œuvre utile pour nous et peut-être aussi pour d'autres, en consacrant notre thèse inaugurale à l'étude et à la critique d'un des côtés les plus intéressants pour nous de cet état de choses : l'hygiène de la grossesse et de l'accouchement dans nos campagnes.

Nous avons tenté, dans ce travail, uniquement basé sur des documents personnels, de montrer la lutte de chaque jour à laquelle est astreint le médecin, en présence de l'empirisme et de l'autorité des matrones, consacrés par des siècles de routine. Souvent le médecin est appelé trop tard, des imprudences

ont été commises, et ces fautes sont lourdes de conséquences.

En ce qui concerne notre sujet, nous voulons simplement exposer quelles sont les pratiques courantes et populaires, et montrer ce qu'il est possible de faire pour pallier à leurs inconvénients.

Nous aurons successivement en vue : 1° la grossesse ; 2° l'accouchement ; 3° le postpartum.

Nous exprimerons ici, heureux de nous conformer à la règle, notre reconnaissance aux maîtres qui, tant à Paris qu'à Rennes, nous ont fait profiter de leur science et de leurs sages conseils.

Monsieur le professeur Lannelongue a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. nous le prions de croire à notre profonde gratitude.

Nous adressons à nos confrères régionaux et en particulier à Monsieur le docteur Cottin, de Montfort, l'assurance de nos sentiments les plus cordiaux.



CHAPITRE I

Hygiène de la grossesse à la campagne

Ce qu'elle est :

Les femmes enceintes dans nos campagnes, qu'elles soient primipares ou pluripares, jeunes ou âgées, riches ou pauvres, ne prennent aucunes précautions hygiéniques. Peu leur importe leur grossesse, qu'elles dissimulent dans les premiers mois ; elles se livrent, comme les hommes à tous les travaux des champs, en général pénibles et fatigants, presque toujours au-dessus de leurs forces.

Elles vont aux foires et aux marchés, s'exposent dans des véhicules mal suspendus aux chutes et aux cahots des chemins raboteux de leurs villages. En un mot rien n'est changé dans leurs habitudes ; elles refusent de prendre toutes les précautions que comporte l'état de gestation. Aussi les accidents qui résultent de cette hygiène mal comprise sont-ils nombreux ; en maintes circonstances nous observons pendant le cours de la grossesse, des avortements et des hémorrhagies.

Je dois même ajouter que nous sommes plus souvent appelés pour remédier à ces complications que pour aider et surveiller l'accouchement arrivé à terme.

Nos Maîtres dans l'art gynécologique nous disent bien, que la vie à la campagne, au grand air, que les travaux proportionnés aux forces, que les promenades à pied, qu'une alimentation choisie, qu'une hygiène bien comprise, étaient d'excellentes conditions pour mener à bien une grossesse ;

Certes nous le reconnaissons, mais il y a loin entre cette existence calculée et celle que mène nos femmes de campagne !

Rien ne sera changé dans leurs habitudes, dans leur logement, dans leur régime et dans la propreté corporelle ; elles ne cesseront de travailler qu'au dernier moment, et arriveront au travail de l'accouchement lui-même fatiguées à l'avance et souvent affaiblies. Au point de vue obstétrical, cette façon d'agir est défectueuse ; du reste nous possédons un certain nombre d'observations, dans notre propre clientèle, qui condamnent le surmenage pendant la gestation.

OBSERVATION I (personnelle)

Madame Ch..., fermière, 19 ans, primipare constitution robuste, bassin normal ; mère vivante ayant eu deux enfants sains et parfaitement conformés.

Sa fille, mariée récemment à un cultivateur, devient grosse ; elle travaille journellement aux champs ; elle est au cinquième mois de la grossesse.

Un soir, en rentrant, elle est prise d'une perte de

sang qui l'effraye ; dans la nuit surviennent des coliques dans le bas-ventre avec suintement sanguinolent dans l'intervalle des coliques.

Le matin on se résigne à demander le médecin.

Au toucher je trouve un col dilaté et un siège décompleté qui se présente. Quelques tractions sur les membres inférieurs amènent l'expulsion du fœtus et du placenta.

Recherchant la cause de cet avortement fœtal, je finis par savoir, en questionnant la parturiente, que trois jours auparavant, en faisant un effort pour soulever une brouette de fumier elle avait perdu de l'eau qu'elle croyait être de l'urine.

Dans cette observation, il n'y avait pas d'insertion vicieuse du placenta, ni d'albuminurie, ni d'antécédents syphilitiques, ni de malformations et déviations utérines.

Nous sommes donc amenés à conclure que l'avortement a été déterminé par un effort dans le travail.

OBSERVATION II (personnelle)

Madame V..., 27 ans, bien constituée, enceinte pour la deuxième fois, le premier accouchement a été normal, et l'enfant est bien portant.

Arrivée au troisième mois de la grossesse, cette femme est prise, le soir en rentrant chez elle, d'une hémorrhagie abondante ; dans la nuit surviennent des coliques. Le matin on vient me chercher.

Au toucher, je trouve le col dilaté comme une pièce d'un franc ; en même temps je m'assure qu'il n'y a pas d'insertion vicieuse du placenta.

J'administre immédiatement deux petits lavements laudanisés de 15 gouttes chaque et je condamne la malade au repos absolu, en ayant soin de lui faire relever le siège.

Malgré ces précautions, l'avortement se produit deux heures après ma visite.

Ici encore, le travail exagéré pendant la grossesse est la cause réel de cet avortement.

Tous les jours, cette jeune femme fait une moyenne de quinze à vingt kilomètres en voiture, c'est-à-dire dans des véhicules ordinairement durs comme ressorts et mal suspendus.

Pendant le trajet, elle descend et monte fréquemment de sa voiture pour porter le pain au domicile de ses clients.

C'est en rentrant le soir, de faire une de ses tournées, qu'elle fut prise d'hémorrhagies et de coliques.

OBSERVATION III

Madame B..., fermière, 29 ans, bien constituée, née de parents sains et bien portants, a déjà eu deux grossesses qui ont évolué normalement.

Enceinte de nouveau pour la troisième fois. La grossesse suit son cours normal jusqu'à la fin du huitième mois. En rentrant le midi de travailler, elle est prise d'une hémorrhagie abondante, d'un litre affirme-t-elle et pour laquelle on accourt me chercher.

Au toucher, et à la palpation, je diagnostique une occipito-iliaque gauche antérieur. Il n'y a pas d'insertion vicieuse du placenta ; les urines sont normales ; la syphilis n'existe pas.

On est amené à conclure qu'un travail exagéré au neuvième mois de la gestation produit souvent chez la femme de la campagne des décollements partiels du placenta qui sont souvent le point de départ de l'hémorrhagie.

Dans notre observation présente, la femme a travaillé à couper du blé ; pour cette besogne il faut être courbé ; l'équipe des travailleurs est nombreuse, chacun a son sillon à couper, et doit suivre les voisins de droite et de gauche ; en un mot la bande des travailleurs marche de front.

D'ici on voit ce qu'est l'hygiène de la grossesse de ces femmes arrivées presque au terme de la gestation ; dans de semblables conditions, il ne faut donc pas être surpris des complications brusques qui peuvent survenir ; en présence de semblables imprudences il faut même s'y attendre.

Enfin, dans ce cas, le repos absolu, l'élévation du bassin et l'abaissement de la tête, un lavement laudanisé de trente gouttes permettent à la femme d'arriver à terme et d'accoucher normalement ainsi que je l'ai appris par la matrone.

OBSERVATION IV

Madame Ch..., fermière, 31 ans, bien constituée, a déjà eu une première grossesse qui s'est passé normalement, l'accouchement n'a duré que huit heures et les suites de couches ont été régulières.

Arrivée au septième mois de sa 2^e grossesse, elle revenait d'une foire après avoir fait une vingtaine de kilomètres dans une voiture toujours dure. En des-

cendant, son pied manque le marche-pied, et elle tombe à la renverse. — Neuf heures après cette chute dont elle ressentit une violente émotion, elle eut une perte abondante pour laquelle on vint me chercher.

A l'interrogatoire, je connus de suite la nature de l'accident.

Au toucher et à la palpation, je diagnostiquais une occipito-iliaque droite antérieure.

Malgré la cessation de l'hémorrhagie et surtout en raison de la grande distance à parcourir pour venir au domicile de la malade, j'injecte un litre d'eau bouille, aussi chaude que la malade peut la supporter et je pratique, immédiatement après, un tamponnement que j'enlevais 24 heures après.

Cette intervention suffit pour prévenir une récurrence, la malade a accouché à terme d'un enfant sain et bien portant mais d'un volume moindre que le premier.

Cet exemple nous montre bien qu'une hygiène semblable est pernicieuse.

OBSERVATION V

Madame F..., 23 ans, primipare, bien constituée, née d'un père bien portant et d'une mère ayant eu neuf enfants à terme et tous vivants.

Sa fille mariée à un cultivateur, devient enceinte ; tout jusqu'à la fin du cinquième mois se passe normalement.

A cette époque, cette femme est prise de convulsions éclamptiques ; une véritable série d'accès éclamptiques ont lieu en ma présence. Des inhalations de chloroforme amènent un sommeil comateux

qui dure trois heures. Au bout de ce laps de temps, la malade se réveille, en proie à une violente céphalalgie et à une courbature générale, elle se plaint vivement des reins et de la langue qu'elle s'est mordue pendant les accès.

Recherchant les causes de cette éclampsie, nous trouvons d'abord la présence de l'abumine en grande quantité dans les urines ; le visage est bouffi, les jambes sont notablement enflées.

Par l'interrogatoire, nous apprenons que le malade a de la céphalalgie frontale, des vomissements bilieux qui lui empoisonnent la bouche ; depuis quelque temps surtout, elle éprouve des vertiges et des éblouissements passagers ; elle accuse également du lombago et une douleur épigastrique qui l'étouffe.

En remontant plus loin par l'interrogation, elle nous apprend qu'il y a une quinzaine de jours en revenant du marché de Montfort, en voiture, elle avait eu très froids ; depuis ce moment surtout elle s'était trouvée gênée. Attribuant cet état à sa grossesse, elle avait négligé d'en parler au médecin ; il fallut l'attaque éclamptique pour nécessiter son intervention.

Le régime lacté institué immédiatement, des lavements de chloral, administrés matin et soir, 20 grammes d'eau-de-vie allemande tous les 5 jours, le repos absolu dans un appartement chaud constituèrent le traitement dans cette grossesse qui évolua à terme avec un enfant bien portant.

OBSERVATION VI

Madame R..., 36 ans a déjà eu 4 enfants qui sont tous venus à termes. Cette fermière, pauvre et affaiblie

par un travail excessif et une nourriture mauvaise devient enceinte.

Parvenue à la fin du huitième mois de sa grossesse, elle est prise subitement de convulsions ; on accourt me chercher.

En présence de la malade, je reconnais le type grave de l'éclampsie ; la malade est dans un coma complet, mais le travail de l'accouchement est commencé, le col est dilaté comme une pièce de cinq francs ; la dilatation augmente rapidement, la tête s'engage en occipito-iliaque gauche antérieur ; bref l'accouchement se termine rapidement, le placenta décollé est expulsé 20 minutes à peine après la sortie de l'enfant, celui-ci est mort depuis un certain temps déjà.

L'accouchement a eu lieu 7 heures après le début de l'attaque éclamptique, le coma a persisté pendant deux jours complets ; cette femme est revenue à elle, ignorant complètement ce qui avait eu lieu autour d'elle ; l'accouchement s'est fait à son insu.

En examinant cette malade avec un confrère du voisinage, nous avons constaté la bouffissure du visage, l'œdème de la paupière supérieure, l'œdème des membres inférieurs ; les urines décèlent une grande quantité d'albumine.

La malade interrogée nous dit qu'elle souffre depuis longtemps de maux de tête violents ; les bras, les jambes, les reins lui font mal ; elle ressent des douleurs au creux épigastriques, elle se plaint d'étouffements ; de temps en temps, elle voit comme du brouillard ; elle éprouve des vertiges, des éblouissements ; en somme nous retrouvons la symptomatologie de l'éclampsie.

Vers le cinquième mois, elle commença à souffrir et cela dit-elle à partir du jour où elle eut les jam-

bes mouillées en ramassant des choux pour ses vaches ; à partir de cette époque, ses souffrances augmentèrent.

Ne suivant aucune hygiène, ne consultant aucun médecin, continuant malgré cet état maladif à vaquer à tous ses travaux ; est-il surprenant de voir l'éclampsie survenir ? non assurément — cette observation nous montre une fois de plus encore que l'hygiène de la grossesse à la campagne est une chose qui n'existe que dans nos traités d'accouchement.

Bref cette malade, en suivant un traitement approprié à fini par se rétablir, mais elle a conservé pendant plusieurs mois, une extrême faiblesse — actuellement elle est bien.

OBSERVATION VII

Madame Len...., 24 ans, blanchisseuse, primipare, bien constituée, née d'une mère ayant eu trois grossesses normales.

Arrivée au sixième mois de sa grossesse est prise d'une hémorrhagie d'un demi-litre dit-elle et ressent dans le bas-ventre de petites coliques.

Appelé dans la nuit, c'est-à-dire, quatre heures environ après la perte, je la soumets à un traitement approprié pour prévenir une seconde hémorrhagie.

Cette femme a accouché à terme d'un enfant petit mais bien conformé.

En cette circonstance nous accusons encore le travail excessif comme étant le point de départ de ces hémorrhagies brusques ; sous son influence nous observons de fréquents décollements du placenta, décol-

lements toujours partiels, il va s'en dire, puisque avec le traitement curatif et prophylactique la grossesse reprend son cours normal.

Cette femme en effet, journalière, blanchisseuse, fermière, va tous les jours travailler pendant douze heures en moyenne; elle se donne à tous les emplois. Celui qui l'absorbe le plus est le blanchissage du linge à la rivière; là agenouillée dans une espèce de boîte, exposée à toutes les intempéries des saisons elle travaille durement; c'est en rentrant de sa journée, après avoir fatigué toute la journée qu'elle est surprise par cette perte. Quoi de surprenant en cela, mais absolument rien. J'ajoute même qu'à la campagne rien ne doit nous étonner.

L'action de frotter le linge ne fatigue non-seulement les bras, mais aussi le corps auquel il imprime une série de secousses, qui nous semblent mauvaises chez la femme grosse.

OBSERVATION VIII

Madame T..., journalière, 32 ans pluripare, enceinte pour la deuxième fois, ayant eu un accouchement normal la première fois.

Parvenue au troisième mois de la grossesse et prise d'une hémorrhagie abondante pour laquelle on vient me chercher. Pendant ce temps la femme perd toujours et ressent de petites coliques. J'arrive à temps pour recueillir la masse embryonnaire arrivée à la vulve.

Cette femme forte et vigoureuse était, avant sa grossesse, parfaitement réglée, mais le travail auquel

elle se livrait ce jour peut et doit encore être incriminé. Cette femme, dis-je, aidait à tourner un moulin à pommes ; ce travail est dur et nécessite une somme de forces assez considérable, de plus, il imprime au corps et aux bras une série de mouvements,

Pour ce cas, il n'existait ni albuminurie, ni syphilis, ni alcoolisme ; nous sommes donc amené à regarder le travail excessif comme le point de départ de cet avortement embryonnaire.



CHAPITRE II

*Hygiène de la grossesse au moment du travail. —
ce qu'elle est et comment les femmes accouchent
à la campagne.*

A l'éclosion des premières douleurs, on court chercher la matrone, dont le rôle est quelquefois utile, mais souvent funeste aussi.

Les plus expérimentées cherchent la présentation ; si elles peuvent arriver à sentir, à travers le col, une bosse dure et arrondie, elles s'empressent d'annoncer à la parturiente que c'est bien la tête qui se présente et que, certainement, l'accouchement ira tout seul, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas besoin de médecin ; peu lui importe, les *occipito-postérieurs*, les bassins viciés, les insertions du placenta sur le col, du moment que c'est la tête qui se présente et qu'elle l'a sentie, l'accouchement devra se faire normalement

Lorsque l'engagement se fait et que le travail va son train naturel, le rôle de la matrone sera simple.

Mais si, pour une cause ou pour une autre, celui-ci se ralentit et que les douleurs diminuent d'intensité, elles feront exécuter une véritable gymnastique à la patiente, la feront s'accrocher à un meuble, ou à un échaffaudage improvisé, iront même à la

faire souffler dans une bouteille ; fréquemment, pendant une douleur, elles essayeront par des tiraillements intempéstifs, à élargir le vagin ; elles se livreront à ces manœuvres même quand la dilatation sera à peine commencée.

Si l'accouchement suit un cours régulier jusqu'à la naissance de l'enfant, tout est pour le mieux.

Si le contraire se produit, ce qui arrive fréquemment, pour des causes multiples, telles que la primiparité, l'inertie, un rétrécissement du bassin, une position demandant l'intervention, nos matrones, qui font métier de cette branche de la médecine, ont à cœur de faire un accouchement seules, sans le secours du médecin ; voilà souvent les raisons qui les font compromettre la vie des femmes et des enfants par le retard qu'elles mettent à faire demander le médecin.

Tels sont les faits qui se passent journellement à la campagne. Souvent, ces matrones mériteraient de vertes semonces ; mais elles sont à ménager. Malheur, en effet, aux jeunes médecins, au début de leur carrière, qui leur feraient un reproche ; ils seraient condamnés à ne faire aucun accouchement.

Cet état de chose est lamentable, les jeunes praticiens n'y peuvent rien ; pour eux, il est de bonne politique de rester indifférents.

Cependant, l'article 18 du code médical (pénalités) est formel :

Quiconque exerce illégalement l'art des accouchements, est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 francs.

d'emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Nos matrones bénéficient et bénéficieront longtemps encore de la non-application de cette loi, elles continueront, comme par le passé, à détenir le record des enfants mort-nés.

OBSERVATION I

Madame E... primipare, fermière, 30 ans, bien constituée, d'une santé relativement bonne, est en travail d'accouchement depuis 26 heures.

La matrone avait annoncé que la tête se présentait bien et qu'il fallait attendre. Mais, malgré les douleurs qui ont été fortes, l'accouchement n'avance pas. On se résigne à me demander. Je trouve un occipito-postérieur, un col dilaté complètement, une poche des eaux vidée depuis 5 heures ; bref j'interviens par une application de forceps, mais j'ai un enfant en état de mort imminente. Enfin à force d'insufflation, de bouche à bouche, de tractions rythmiques, de lotions alcoolisées et d'une légère saignée du cordon ombilical, l'enfant revient à la vie.

Après le décollement du placenta, la mère a eu une petite hémorrhagie qui a nécessité le massage de l'utérus et l'absorption d'un gramme d'ergotine.

Dans ce cas, l'intervention était nécessaire, l'expectation prolongée, conseillée par la matrone, pouvait avoir un dénouement fâcheux ; une heure de plus et l'enfant était perdu.

En cette circonstance, j'ai fait mon possible pour

faire comprendre à cette matrone l'importance qu'il y avait à demander le médecin aussitôt qu'un retard ou un ralentissement du travail se produisait, surtout après la rupture de la poche des eaux.

OBSERVATION II

Madame H... pluripares, est à sa cinquième grossesse.

Le premier accouchement nécessita l'intervention du médecin, l'enfant vint mort. Les trois autres accouchements se passèrent normalement. Le cinquième nécessita mon intervention. La parturiente a été accouchée après 36 heures de souffrance. L'enfant extrait avec les fers se présente en occipito-iliaque gauche antérieur ; la poche des eaux s'est rompue à la trentième heure, il est au détroit inférieur. La femme perd un peu de sang, il y a de l'inertie, malgré la rapidité de l'intervention, l'enfant, d'un volume moyen, 6 livres à peu près, vient mort, et la mère a une hémorrhagie qui nécessite le décollement et l'extraction du placenta.

L'inertie utérine, dans ce cas, demandait une intervention rapide ; la matrone, fidèle à ses principes d'expectation, a compromis la vie de la mère et absorbé la responsabilité de la mort de l'enfant.

OBSERVATION III

Madame A... primipare, 33 ans, née d'une mère ayant eu 3 enfants, avec des accouchements normaux, est en travail d'accouchement depuis 36 heures. La

poche des eaux est rompue par la matrone, le col est dilaté, les douleurs sont fortes, la tête ne descend pas et cependant elle se présente en occipito-iliaque gauche antérieur. Le travail est arrêté par un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur qui est de 9 centimètres.

Comme toujours, l'intervention a été trop longtemps attendue, la poche des eaux a été déchirée par la matrone. Aussi, comme résultat, nous avons eu un enfant mort.

Si cette femme a une nouvelle grossesse, le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur demandera l'intervention ; c'est ce que nous avons conseillé à la parturiente.

OBSERVATION IV

Madame F..., 39 ans, fermière, pluripare, six enfants en sept années ; les accouchements ont été normaux.

Enceinte de nouveau et arrivée à terme, le travail de l'accouchement commence, la matrone seule est là. Les douleurs espacées au début se rapprochent, elles sont à leur maximum de forces à la 25^e heure.

A partir de ce moment les douleurs diminuent, la femme se sent faible : cet accouchement qui se prolonge influe sur son moral. Bref le mari inquiet, malgré l'avis contraire de la matrone, m'envoie chercher.

Je trouve une femme fatiguée par la durée du travail, ayant de l'inertie.

La conformation du ventre, la palpation, l'auscultation nous confirment une grossesse gemellaire.

Le toucher pratiqué, donne un col dilaté comme

une pièce de cinq francs, mais dilatable, une poche des eaux intacte, enfin une présentation de la tête.

La femme perd en petite quantité, mais continuellement. J'interviens immédiatement en rompant la poche des eaux et en appliquant le forceps. J'ai un enfant vivant pesant à peine 2 kilog, mais bien conformé.

Aussitôt l'extraction faite, la parturiente perd un flot de sang : plusieurs syncopes se succèdent.

En présence de cet acte grave je pratique la vasion après avoir rompu la deuxième poche des eaux, je termine rapidement l'accouchement et je fais la délivrance artificielle, en même temps que j'administre par la bouche 2 grammes d'ergotine, et une injection d'eau bouillie très chaude, en pratiquant le massage extérieur de l'utérus qui finit par regresser ; l'hémorrhagie s'arrête.

Reprenant l'histoire de cette malade nous disons que les grossesses répétées chez cette femme, le travail excessif qu'elle a chaque jour, l'alimentation peu substantielle, le défaut d'hygiène sont autant de causes qui viennent augmenter les difficultés d'un accouchement gémellaire qui, en pareil cas se complique, surtout chez nos femmes de campagne, d'inertie au moment du travail.

Malgré le retard apporté, nous avons eu l'heureuse satisfaction d'arriver à temps pour tirer de cette passe dangereuse et la mère et les deux enfants qui vivent et sont bien portants.

OBSERVATION V

Madame M..., fermière, 28 ans, primipare, très bien conformée, est en travail d'accouchement depuis

9 heures ; les douleurs ont été fortes et cependant l'accouchement ne se termine pas. La matrone est toujours là, c'est la tête qui se présente dit-elle ; elle est dans le passage. Mais elle y reste trop longtemps au gré du mari qui a déjà perdu sa première femme en couches, il accourt me chercher.

Pendant ce temps la matrone se livre à des touchers fréquents, à des tiraillements sur les parois vaginales qu'elle tente d'élargir.

Quand nous arrivons, nous trouvons une bonne présentation, mais la tête est dans le passage depuis 4 heures. La femme n'a que de faibles douleurs. Nous agissons rapidement pour la mère d'abord et l'enfant dont la vie est fortement compromise.

L'application du forceps nous donne un enfant avec une tête volumineuse mais en état de mort imminente ; il faut deux heures de manipulations pour le ranimer.

Que devient la mère pendant ce temps ? Aussitôt après l'extraction de l'enfant, un flot de sang jaillit, la femme fatiguée par ce laborieux accouchement est en état d'inertie, la délivrance artificielle s'impose, en même temps que nous employons ce qui nous est enseigné pour lutter contre ces terribles hémorragies de la délivrance.

Cet accouchement devait être excellent, la matrone l'a compromis par ses principes d'expectation.

OBSERVATION VI

Madame R..., 33 ans, fermière, a accouché deux ans auparavant d'une fille bien conformée, l'accouchement fut normal.

Elle est en travail d'accouchement depuis six
Blancard 4

heures environ ; les douleurs sont fortes ; la poche des eaux s'est rompue et cependant la matrone est surprise de la lenteur de la marche ; comme toujours, elle attend encore. Ce n'est qu'à la onzième heures qu'on demande le médecin.

Nous sommes en présence d'une présentation du tronc. Tête à gauche, dos en avant, le bras droit est au passage.

Malgré la rupture de la poche des eaux, nous faisons la version par manœuvres internes, malheureusement l'enfant vint mort.

Mais nous restons persuadé que l'accouchement chez cette femme robuste devait nous donner un résultat tout autre, même avec la version.



CHAPITRE III

Hygiène du postpartum à la campagne. Comment se pratique la délivrance ?

Aussitôt après l'expulsion du fœtus, et la section du cordon, c'est-à-dire quelques minutes seulement après, les matrones pratiquent l'extraction forcée de la délivrance.

Elles n'attendent pas le retour des coliques ni le décollement du placenta ; c'est ce qui nous permet d'observer fréquemment des ruptures de cordon et des hémorrhagies occasionnées par cette délivrance toute artificielle.

En maintes circonstances nous avons été appelé pour ces pertes et nous avons constaté que la masse placentaire était incomplète. Souvent nous avons retiré de l'utérus des débris de cotylédons et de membranes.

Les femmes qui ont eu un accouchement normal et de courte durée supportent ce genre de délivrance ; les coliques reviennent assez promptement, l'utérus se durcit et à la fin de la contraction, une certaine quantité de sang ou de liquide lochial s'écoule le plus souvent par la vulve.

Souvent, après une délivrance semblable, j'ai entendu les femmes dire qu'elles avaient autant souff-

fert que pendant l'accouchement. L'utérus renferme neuf fois sur dix, des caillots de sang, des débris de membranes, de placenta ; l'utérus se contracte douloureusement pour se débarrasser de ces véritables corps étrangers.

Chez les femmes fatiguées par un long accouchement, nous observons fréquemment des hémorrhagies occasionnées par de l'inertie et par une délivrance incomplète ou artificielle.

L'intervention médicale devient nécessaire, la couche marche trop dit la matrone ; en effet, elle marche tant, que des hémorrhagies abondantes viennent souvent mettre les jours de la femmes en péril, nous possédons de nombreuses observations de l'intervention.

Comme nous le voyons, cette méthode de délivrer les femmes est défectueuse, il est regrettable qu'elle soit aussi souvent pratiquée par nos matrones.

La délivrance terminée, elle laisse de côté la femme complètement, pour ne s'occuper que de l'enfant ; elles essuyent superficiellement les parties génitales avec un linge sec, le plus souvent, trempé dans un peu d'eau tiède quelquefois, et c'est tout.

Le nettoyage de la femme ne sera fait que sept ou huit heures après, encore ne sera-t-il que superficiel ; la parturiente conservera sa chemise ordinairement souillée de sang, de matières fécales et d'urine ; on cherchera des linges et des draps ayant déjà servi. C'est une coutume chez les femmes et chez les

matrones, d'agir ainsi ; le vieux linge qui a servi surtout est préférable.

Enfin, comme finale de ce tableau, nous voyons, dans tous les accouchements normaux, les femmes se lever à partir des 2^e et 3^e jours, nous en connaissons plusieurs qui se sont levées moins de deux heures après l'accouchement ; c'est une vanité pour ces accouchées, de préparer une bouillie pour l'enfant et un repas pour les parrains et marraines qui sont au baptême.

Dans les accouchements ayant nécessité l'intervention médicale, les femmes observeront cependant une huitaine de jours le repos ordonné ; dépassé ce temps, elles se lèveront.

Nous ne sommes pas pessimistes, nous connaissons bon nombre de femmes qui ont agi de cette façon et qui n'ont jamais ressenti la moindre indisposition ; pour celles-là, la providence a eu des privilèges. Mais à côté de ces heureuses, nous en connaissons d'autres qui ont expié, par une longue septicémie, cette hygiène funeste ; nous en connaissons encore un bon nombre qui traînent le boulet d'une infirmité, comme les prolapsus ; certes, ils sont fréquents, ces derniers, pour lesquels on accusera volontiers l'intervention médicale, plutôt qu'une imprudence commise à la suite de couches. Ces femmes qui se disent (cassées) suivant leurs expressions, continueront d'ici longtemps à écouter leurs matrones et à accuser le médecin d'être l'auteur de leur infirmité, qu'elles se refuseront de faire opérer. Elles se résigneront à

l'usage d'un mauvais pessaire, qu'elles garderont des mois et des années sans le remplacer.

Bref, cette hygiène est déplorable à tous les points de vue. A ce moment, l'involution utérine n'est pas commencée ; la muqueuse de l'utérus, après le postpartum, reste une surface d'absorption considérable, les déchirures du col, du périnée, de la vulve, les excoriations, quelles qu'elles soient, des mains inexpérimentées, des tiraillements intempestifs sur les parois vaginales, sont autant de portes d'entrée pour la septicémie puerpérale.

Alors il en résulte deux choses :

1° des complications mécaniques ;

2° Des complications inflammatoires.

1° Complications mécaniques

Les prolapsus constituent les accidents les plus nombreux. Les inversions sont rares, pour ma part je n'en ai pas observé. Cependant ceux-ci devraient se montrer aussi fréquemment que les premiers, étant donné ces délivrances artificielles et ces tractions intempestives pratiquées par nos matrones. Nous enregistrons ces phénomènes inexplicables et nous ne les commentons pas.

Quant aux complications mécaniques d'origine compressive, c'est-à-dire observées à la suite d'accouchement laborieux, alors que la tête est restée longtemps en contact d'un même point de la filière géni-

tale, ou après une extraction particulièrement difficile du fœtus ayant déterminé des traumatismes graves dans les organes génitaux et qui consistent en fistules établissant une communication entre les organes génitaux et les voies urinaires ou l'intestin, elles sont rarement portées à l'attention du médecin qui ne fait généralement qu'une ou deux visites après l'accouchement.

2° Complications inflammatoires

Les plus communes dans notre pratique, consistent dans des métrites du col, métrites du corps, métrites en général invétérées, muco-purulentes, hémorrhagiques, métrites graves en somme, parce qu'elles n'ont jamais été traitées, les femmes de la campagne se refusent facilement au traitement des organes génitaux ; elles rechercheront de préférence le médecin qui pourra soulager l'état général miné par les désordres plus ou moins étendus, nés d'hygiène défectueuse pendant le post-partum. Pour résumer notre pensée, nous disons qu'elles traîneront leurs métrites en longueur.

Tant que ces métrites resteront limitées par le fait de la jeunesse des femmes, des conditions hygiéniques de l'air ambiant, elles se résigneront à patienter.

Il n'en sera pas de même si les annexes subissent la propagation inflammatoire et infectieuse ; les salpingites, les péritonites, les phlegmons des ligaments

larges, des pelvi-péritonites nécessiteront souvent notre intervention.

OBSERVATION I

Madame D..., fermière, 37 ans, bien constituée, un peu obèse est à sa deuxième grossesse. La première a été normale, l'accouchement n'a duré que quelques heures, la délivrance n'a pas été compliquée d'accidents ; le quatrième jour la malade s'est relevée et a repris son travail de fermière.

Enceinte de nouveau, la grossesse suit son cours, le travail de l'accouchement ne dure que 5 heures, l'enfant d'une force moyenne a été reçu par la matrone.

Aussitôt après son expulsion, la matrone arrache le placenta et une hémorrhagie sérieuse se produit.

Ces gens sont à l'aise, ils n'hésitent pas à demander le médecin.

Je trouve une femme pâle, décolorée, ayant des défaillances, éprouvant du vertige, répétant sans cesse, je m'en vais.

L'hémorrhagie continue, l'utérus est tantôt dur, tantôt relâché.

Introduisant ma main et mon bras, je râcle l'intérieur de la matrice, je ramène des caillots et des débris de membranes en grande quantité.

Cette manœuvre, le décubitus horizontal, deux grammes d'ergotine, dans une infusion de café noir, suffisent pour enrayer l'hémorrhagie.

OBSERVATION II

Madame L..., fermière, 39 ans, est à sa septième grossesse. Cette femme est d'une santé délicate ; les accouchements répétés qui ont été normaux cependant, l'ont beaucoup fatigué.

Enfin la grossesse actuelle arrive à terme, le travail dure 11 heures, l'enfant vient vivant et bien conformé, il est d'un volume ordinaire, plutôt petit. Comme toujours la matrone délivre la femme immédiatement et toujours en exerçant des tractions maladroites. Aussi, se produit-il une violente hémorrhagie qui fait craindre pour la malade. On accourt chez le médecin. Ici encore, je trouve une femme pâle, exsangue et froide. Des syncopes se succèdent. Un nettoyage de la matrice révèlent encore l'existence de caillots, de débris des membranes.

L'ergotine et des soins appropriés à la circonstance triomphent assez facilement de l'hémorrhagie ; ce qui me rend perplexe est la grande faiblesse que ressent la malade, le pouls est petit, filiforme, irrégulier ; les membres sont glacés ; à force de toniques, de frictions et de couvertures chaudes on arrive à la réchauffer. Cette malade s'est longtemps ressentie des suites de cette délivrance par trop artificielle.

OBSERVATION III

Madame S..., 21 ans, fermière, primipare, grossesse normale, travail de 7 heures, accouche d'un

Blancard

5

enfant sain et bien conformé, la matrone pratique la délivrance immédiate ; dans les tractions intempestives qu'elle exerce sur le cordon, qui est petit est maigre, en somme d'une résistance faible, le cordon disje, se rompt près de son insertion placentaire. Une légère hémorrhagie se produit ; notre matrone affolée demande, contrairement à tous ses principes, qu'on aille chercher un médecin au plus vite.

Ici la matrone a évité la grande hémorrhagie de la délivrance, elle ne peut pas la déterminer, elle ne sait comment arracher ce placenta.

La matrice est contractée, le placenta est à la vulve, une simple pression sur le ventre, achève de le faire sortir.

OBSERVATION IV

Madame P..., fermière 22 ans, primipare, accouchement normal, durée du travail 6 heures.

Les tractions faites par la matrone amènent une rupture du cordon qui laisse celle-ci dans l'embarras ; c'est encore l'intervention du médecin qu'elle demande.

Ces accidents sont fréquents, au point de vue obstétrical, ils sont sans importance, le pronostic en est donc bénin. Mais ils servent à expliquer les nombreuses imprudences que commettent les matrones.

OBSERVATION V

Madame M..., 35 ans a déjà eu 4 enfants. Ses couches ont toujours été normales, bien qu'elle se levait ordinairement deux jours après son accouchement. La cinquième grossesse évolue de la même façon, elle la traite de la même façon que la précédentes.

Le quatrième jour cette femme est prise d'un frisson, suivi de fièvre et de douleur ; celle-ci s'irradie dans le bas ventre et dans tout l'abdomen, la femme accuse à la pression, une douleur plus forte dans le côté gauche. En suivant tous les jours la malade on finit par trouver de l'empâtement dans ce côté, un phlegmon des ligaments larges est imminent ; cependant l'application de cataplasmes de farine de lin recouvert de pommade mercurielle belladonnée, et un régime tonique, finissent par enrayer le mal. La résolution avec induration et diminution progressive amène au bout de 20 jours une guérison à peu près complète.

OBSERVATION VI

Madame M..., fermière a déjà eu deux grossesses qui se sont terminées d'une façon régulière, malgré un lever au quatrième jour, même conduite pour son troisième accouchement.

Le sixième jour elle est prise d'un frisson violent

et d'une douleur forte dans le côté droit du ventre, la fièvre est forte la soif est vive, il y a de la diarrhée, les vomissements n'existent pas.

Dans ce cas, la septicémie est bien évidente, elle se localise dans le côté droit, comme dans le cas précédent un phlegmon des ligaments larges est à redouter.

Un traitement énergique et approprié amène la résolution.

OBSERVATION VII

Madame D..., fermière, 27 ans a déjà eu 3 grossesses. Une quatrième évolue comme les précédentes, c'est-à-dire d'une façon normale, et toujours la malade se lève au troisième ou quatrième jour.

Le jour même, cette femme est prise d'un frisson intense, la température s'élève rapidement à 40°, puis redescend à 38° — il y a de la diarrhée, un état de prostration extrême abat la malade. Les symptômes présentent beaucoup d'analogie avec ceux de la fièvre typhoïde — les Lochies sont fétides et peu abondantes.

Nous sommes bien en présence d'une septicémie aiguë.

Malgré un traitement énergique institué dès le début et consistant en lavages antiseptiques des parties génitales, administration de lavements désinfectants, et d'agents antiphlogistiques la malade succombe le huitième jour dans le coma qui a succédé au délire.

Cette affection est rare cependant dans nos campagnes.

Le défaut d'hygiène, les habitations malsaines, les nombreuses imprudences de toutes sortes commises par ces accouchées sont autant de circonstances qui prédisposent à la septicémie.

OBSERVATION VIII

Madame J..., fermière, 42 ans, à eu trois grossesses normales, la dernière à 35 ans. Cette femme s'est toujours levée trois jours après ses accouchements.

A l'examen on trouve un prolapsus vaginal.

Elle se refuse à un traitement chirurgical et n'admet que le pessaire.

Ces cas de prolapsus sont nombreux, et toutes les femmes en général signalent comme cause occasionnelles, une imprudence pendant l'accouchement.



CHAPITRE IX

Ce que nous faisons, savoir attendre, être utile, ne pas nuire.

Nous inspirant des leçons de nos maîtres dans l'art obstétrical, nous conseillerons, dans toutes les circonstances qui nous mettront en présence de femmes grosses de notre clientèle, d'éviter le surmenage dans leur existence toute de travail ; nous insisterons particulièrement sur les nombreux accidents que nous observons fréquemment autour d'elles pendant la gestation et sur les conséquences funestes qui en résultent pour la vie intra-utérine de l'enfant.

Reconnaissant la juste pensée des observations cliniques de M. le Professeur Pinard qui, dans de récentes statistiques, démontre que le surmenage pendant la gestation, influe sur le volume de l'enfant.

Nous qui vivons parmi ces femmes travaillant jusqu'à la dernière minute de leur grossesse, nous enregistrons journellement la naissance d'enfants petits quoique sains et bien conformés.

Enfin nous lutterons contre les nombreux préjugés, qui se transmettent de génération en génération, pour les faire admettre l'hygiène des parties génitales la nécessité des lavages antiseptiques ; en un mot, les

méthodes les plus pratiques, en usage dans les maternités.

An début du travail, nous initierons les matrones à pratiquer le savonnage de la vulve, suivi d'une irrigation vaginale avec de faibles solutions de sublimé ; on assurera la liberté du rectum par un lavement d'eau de savon, et on surveillera la réplétion utérine dans les cas rares il est vrai, où la miction est gênée.

Pendant la période d'expulsion et même avant, c'est-à-dire pendant la période d'ouverture du col, nous nous élèverons contre ces pratiques mauvaises des matrones qui consistent, au moment des douleurs à tirailler les parois vaginales sous prétexte de les élargir et d'activer le travail, — nous leur défendrons également la rupture prématurée de la poche des eaux, et les doses répétées de seigle ergoté qu'elles donnent dans la plupart des accouchements auxquels elles assistent ; nous savons que la rupture prématurée avant la dilatation complète et le seigle ergoté peuvent retarder le travail de quelques heures quelquefois.

Le premier temps de l'accouchement terminé, il reste le second à accomplir, celui de la délivrance.

C'est pour nous médecins de campagne une période fertile, en incidents ou accidents, c'est elle qui réclame le plus souvent notre intervention ; du reste au cours de ce travail nous avons insisté longuement sur la délivrance immédiate et incomplète que pratiquent journellement les matrones.

Chaque fois que l'occasion se présentera, nous ne

perdrons pas l'habitude de leur montrer le moment propice pour délivrer la femme ; comme règle générale nous les inviterons à attendre au moins 30 minutes ; c'est-à-dire, le retour des coliques, qui est le plus souvent indiqué par les plaintes de la femme.

La délivrance terminée, il ne restera plus que la toilette de l'accouchée ; cette toilette devra être minutieuse. — Les lavages à l'aide de solutions antiseptiques faibles que sublimé, microdicine et permanganate de potasse resteront nos armes favorites pour prévenir et combattre l'infection ; nous avons été souvent à même de constater que ce défaut de propreté chez les accouchées était toujours la cause directe de cette prétendue fièvre de lait ressentie vingt-quatre ou trente six heures après l'accouchement.

Le lavage des parties génitales achevé, nous continuerons comme par le passé à faire nettoyer le lit, et à changer tout le linge souillé pendant le travail ; nous chercherons en toutes les circonstances à détruire les préjugés innés chez les femmes et les matrones. Nous compléterons la toilette par l'application d'un tampon d'ouate hydrophile sur la vulve ; un bandage *ad hoc* le fixera.

Voilà quelle est et quelle sera notre façon de procéder :

Toutes les fois qu'une circonstance nous empêchera de revoir la malade, nous obligerons la matrone à renouveler les lavages des organes génitaux au moins trois fois par jour.

Enfin nous nous opposerons formellement à ce

que les femmes se lèvent trop tôt comme elles en ont malheureusement l'habitude.

Nous insisterons spécialement sur la plaie utérine-placentaire, sur le temps nécessaire pour l'involution utérine, sur les dangees de la septicémie, enfin sur les infirmités, comme les prolapsus, en général sur toutes les causes qui peuvent compromettre le post-partum et ses suites.

Chez les femmes de la campagne nous conseillerons le port d'une ceinture hypogastrique dans les premiers mois qui suivront la grossesse ; nous préviendrons ces obésités précoces que nous rencontrons souvent chez les pluripares.

Enfin toutes les fois que l'allaitement sera possible, nous le recommanderons aux mères, souvent prédisposées par les préjugés, à délaisser cette fonction nécessaire pour elles-mêmes, salulaire pour leurs enfants, fonction qui prévaudra toujours sur ces gavages au lait pur et aux bouillies de toutes sortes administrés dès la naissance à toute heure du jour et de la nuit. En agissant ainsi il nous sera permis de constater la diminution évidente des nombreux cas de gastro-entérite qui déciment l'enfance du premier âge.



CONCLUSIONS

1° S'élever avec force contre tout surmenage pendant la grossesse. Interdire d'une façon formelle l'usage de leurs voitures défectueuses qui les exposent aux cahots et aux chutes.

2° Les mettre en garde contre les maladies engendrées ou consécutives ou défaut d'hygiène. Insister particulièrement sur les nécessités et les avantages de l'antisepsie des parties génitales.

3° Interdire aux matrones les pratiques dangereuses auxquelles elles se livrent pour activer le travail et pour délivrer les femmes. Les initier à la pratique d'une antisepsie simple et peu compliquée.

4° Insister près des mères pour qu'elles allaitent leurs enfants.

5° Leur conseiller de porter une ceinture hypogastrique pendant les trois mois qui suivent l'accouchement.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu : Le Doyen
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

